

SYLWESTER NOWAK
Wojewódzka Poradnia
Wychowawczo-Zawodowa w Bydgoszczy

TERAPIA DZIECI Z PORAŻENIEM MÓZGOWYM /KOMUNIKAT Z BADAN/

1. Wprowadzenie

W ciągu ostatnich lat nastąpił olbrzymi wzrost liczby dzieci z zespołem porażenia mózgowego. Statystyka światowa podaje, że rocznie rodzi się 250 000 dzieci z tym zespołem¹. W USA liczba dzieci dotkniętych porażeniem mózgowym waha się od 500 000 do 600 000 osób czyli 3 na 1000². W Polsce liczbę tych dzieci określa się na 0,15 - 0,3 % wszystkich żywo urodzonych³. Na terenie województwa bydgoskiego aktualnie znajduje się ok. 200 dzieci w wieku do 6 lat objętych opieką służby zdrowia⁴, co stanowi znaczną liczbę w porównaniu z innymi rodzajami schorzeń.

Mózgowe porażenie dziecięce nie stanowi samodzielnej jednostki chorobowej lecz jest zespołem objawów powstałych na skutek uszkodzenia centralnego systemu nerwowego⁵. Czynniki patologiczne doprowadzające do różnorodnych uszkodzeń działają:

- 1/ w życiu płodowym /infekcje, urazy, konflikt serologiczny i in./,
- 2/ w okresie porodu /poród przedwczesny, szybki, przedłużający się, zamartwica itp./,
- 3/ w pierwszym roku życia /jako dalsze konsekwencje wymienionych czynników/.

Porażenia mózgowe powodują zwykle wielopłaszczyznowe uszkodzenia, z których podstawowe mają związek z układem ruchu. Zaburzenia ruchowe mogą być różne w zależności od rodzaju lokalizacji, rozległości i stopnia ciężkości uszkodzenia układu nerwowego. Do najczęstszych z nich należą: zaburzenia w zakresie napięcia mięśniowego /spastyczność rzadziej wiotkość/ oraz porażenia lub niedowłady, czyli zniesienie lub ograniczenie ruchów dowolnych. Zniesienie to może obejmować cztery kończyny, trzy kończyny/ dwie dolne i jedną górną/, dwie kończyny /po jednej stronie ciała/, dwie kończyny dolne z niewielkim lub żadnym zajęciem kończyn górnych⁶. Symptomatolo-

gicznie w mózgowym porażeniu dziecięcym wyróżnia się: postacię spastyczną /wzmoczone napięcie mięśni/, niespastyczną /dyskinetyczną, hyptoniczną, ze sztywnością/ oraz postacię mieszaną⁷.

Z przedstawionymi uszkodzeniami funkcji ruchowych współwystępują zwykle inne zaburzenia: obniżenie sprawności intelektualnej, wady wymowy, wzroku i słuchu, epilepsja, zaburzenia osobowości, głównie sfery emocjonalnej.

Mózg posiada decydujące znaczenie w sterowaniu i regulowaniu wszystkich czynności ustroju oraz stosunków z otoczeniem. Dlatego skutki mózgowego porażenia przenikają głęboko do osobowości jednostki, stwarzając utrudnienia w społecznej adaptacji. Do tych trudności większość badaczy zalicza: małą koncentrację uwagi, impulsywność, nadmierne reakcje emocjonalne, obniżoną zdolność nawiązywania i utrzymywania łączności ze światem⁸.

Leczenie mózgowych porażań jest procesem złożonym. Angażuje się tu różne specjalności medyczne /ortopedia, chirurgia ortopedyczna, neurologia, okulistyka, otolaryngologia/ jak i pozamedyczne /kinezyterapia, terapia zajęciowa, psychoterapia, terapia wychowawcza/ przy czym tym ostatnim przyznaje się obecnie dominujące znaczenie.

2. Problem i organizacja badań

Literatura psychologiczna i pedagogiczna odnosząca się do mózgowych porażań jest zwłaszcza na gruncie polskim, niezmiernie uboga. Odczuwa się szczególnie brak badań eksperymentalnych, które mogłyby stanowić teoretyczne podstawy kwalifikowania tych dzieci do różnych form kształcenia oraz oddziaływania terapeutycznego i dydaktycznego.

Z tych względów podjąłem długofalowe badania nad efektami terapii pedagogicznej w grupie dzieci w wieku przedszkolnym z mózgowym porażeniem oraz nad dalszym funkcjonowaniem tych dzieci w warunkach szkolnych. Badania rozpocząłem z chwilą zorganizowania dla tych dzieci systematycznych zajęć /Zespołu Terapii/. Objęte są nimi dzieci przebywające aktualnie w Zespole oraz później w warunkach szkoły lub nauczania indywidualnego. Badania te z racji ich podłużnego charakteru trwać będą jeszcze kilka lat. Społeczna jednak ważność tej problematyki i oczekiwania praktyków

upoważniają do poinformowania już obecnie o ich przebiegu i wstępnych wynikach.

Celem badań jest odpowiedź na dwa zasadnicze pytania:

- 1/ Jak przebiega proces rewalidacji dzieci z mózgowym porażeniem w aspekcie rozwoju funkcji istotnych do rozpoczęcia nauki szkolnej?
- 2/ W jakim stopniu wczesne usprawnianie tych dzieci wpływa na ich funkcjonowanie w warunkach szkolnych?

Poglądy rodziców, nauczycieli i lekarzy na postawione wyżej pytania nie są zbyt optymistyczne. Ich przekonania idą w kierunku społecznej segregacji tj. tworzenia oddzielnych przedszkoli, szkół, organizowania nauczania indywidualnego, nie zaś integracji z normalnym środowiskiem. Np. częste są głosy rodziców o nieudanych próbach nauczania dzieci w warunkach szkolnych⁹. Konieczne jest więc eksperymentalne wyjaśnienie w jakim stopniu trudności te są uwarunkowane czynnikami tkwiącymi w niepełnosprawności dzieci, w jakim zaś są związane z niedoskonałością postępowania dydaktycznego i wychowawczego.

Dotychczasowe /nieliczne jeszcze/ próby integracji oraz intensywnego usprawniania tych dzieci upoważniają do sformułowania hipotez o charakterze optymistycznym:

1. Systematyczna terapia dzieci z mózgowym porażeniem w wieku przedszkolnym pozwala na osiągnięcie dojrzałości szkolnej poprzez kompensowanie nierównomiernego rozwoju poszczególnych sprawności.
2. Dzieci z mózgowym porażeniem, o rozwoju intelektualnym w granicach normy /wykluczając jednostki z ciężkimi postaciami uszkodzenia narządu ruchu/ mogą funkcjonować w warunkach szkoły masowej jeśli zapewnione zostanie odpowiednie postępowanie dydaktyczno-wychowawcze.

Zespół Terapii obejmuje dzieci w wieku od 4 do 6 lat. Dzieci te uczęszczają na zajęcia 3 razy w tygodniu. Zajęcia te prowadzi odpowiednio przygotowany nauczyciel oraz psycholog, w sali przeznaczonej dla grupy zerowej Szkoły Podstawowej nr 6 w Bydgoszczy. Punktem wyjścia w prowadzonej terapii są działania ukierunkowane na podmiot jednostki, kształtujące harmonijny rozwój wszystkich funkcji, nie zaś koncentracja wyłącznie na fragmentarycznych defi-

cytach rozwojowych. Według B. Kaji¹⁰ jedynie słuszną jest ogólna, całościowa koncepcja terapii pedagogicznej, która pozwala uwzględniać aspekt psychoterapeutyczny, jak np. obniżanie napięcia emocjonalnego, **co jest szczególnie** istotne u dziecka z mózgowym porażeniem. Zgodnie z tą koncepcją psychomotorykę za M. Bogdanowicz¹¹ rozumiem jako "powiązanie motoryki z całokształtem procesów poznawczych i sferą emocjonalno-dążeńiową".

W terapii wykorzystuje się przede wszystkim metodę dobrego startu /Bon Depart/ w wersji B. Kaji¹². Z ogólnego zestawu ćwiczeń dokonano wyboru tych, które są możliwe do wykonania przez badane dzieci. W programie uwzględnia się m.in.:

1. Terapię ruchową /ćwiczenia na materacach i podłodze z użyciem kręgli, piłki lekarskiej, woreczków z piaskiem itp./.
2. Terapię muzyczną /nauka piosenek, odtwarzanie układów rytmicznych na instrumentach perkusyjnych, wykonywanie dostępnych dzieciom ruchów w takt muzyki itp./.
3. Ćwiczenia koordynacji wzrokowo-ruchowej, analizy i syntezy wzrokowej i słuchowej /różnorodne ćwiczenia z wykorzystaniem klocków, układanek, szablonów, kredek, patyczków itp./.
4. Ćwiczenia koncentrujące uwagę /wodzenie oczami za posuwającym się celem, wodzenie ołówka wzdłuż linii i in./.
5. Ćwiczenia manipulacyjne uaktywniające ruchowe i usprawniające porażone kończyny /lepienie z plasteliny, budowanie z klocków/.
6. Gry i zabawy zbiorowe kształcące umiejętność współdziałania, podporządkowania się regułom.
7. Elementy zajęć dydaktycznych /realizowane w grupie 6 latków/ zgodnie z programem klasy zerowej.

Mimo zbiorowego charakteru zajęć konieczna jest daleko idąca indywidualizacja, która wynika z różnego stopnia uszkodzeń, nierównomiernego rozwoju poszczególnych funkcji oraz różnej odporności emocjonalnej. Np. podobne ćwiczenia wykonują dzieci w pozycji stojącej, siedzącej, a nawet leżącej, rzut do celu może być wykonywany prawą lub lewą kończyną górną w zależności od rodzaju niedowładu, dziecko łatwo męczące się eliminuje się z niektórych zajęć.

W pierwszej fazie zajęć rodzice z reguły pozostają na sali razem z dzieckiem, później jednak czynią to okresowo w miarę dojrze-

wania emocjonalnego dziecka. Utrzymują jednak stały kontakt z prowadzącymi zajęcia, gdyż każdy rodzaj terapii realizuje się w ścisłej łączności i przy współpracy rodziców.

3. Metody badania

Wstępną diagnozę psychologiczną i pedagogiczną ustala się w Wojewódzkiej Przychodni Rehabilitacyjnej oraz w czasie pierwszych ćwiczeń terapeutycznych. Spośród metod psychologicznych stosuje się Kolumbijską skalę dojrzałości umysłowej /Columbia Mental Maturity Scale/. Skala składa się ze 100 kart z wydrukowanymi rysunkami, wzorami, formami. Test mierzy zdolność logicznego rozumowania posługując się pojęciami przestrzeni, koloru, liczby. Test wymaga rozróżnienia, rozpoznania rysunku, który nie pasuje do pozostałych, a więc na ujęciu zasady przynależności¹³. Skala przeznaczona jest głównie do badania dzieci z mózgowym porażeniem, wśród których nie zawsze można stosować testy tradycyjne z racji dysfunkcji motorycznych i werbalnych.

Spośród skal obserwacyjnych zastosowano - Arkusz zachowania się dziecka w przedszkolu, B. Kaji¹⁴. Arkusz pozwala na rejestrację postępów dziecka w procesie terapii w aspekcie podstawowych procesów regulacyjnych tj.: percepcyjnych, intelektualnych, motorycznych, emocjonalnych oraz motywacyjnych. Wyniki obserwacji notuje się według 4 stopniowej skali a następnie ocenia według punktacji liczbowej. Arkusz pozwala porównywać uzyskane wyniki z wynikami grupy odniesienia /kontrolnej/, którą stanowią dzieci w przedszkolu masowym.

4. Przebieg terapii oraz wstępne wyniki badań

Dotychczas objęto terapią 18 dzieci. Z tej liczby ukończyło program 10 dzieci, z czego 3 kontynuuje naukę systemem indywidualnym w domu, 7 zaś uczęszcza aktualnie do klas zerowych lub klas pierwszych szkół masowych. Trojgu dzieciom odroczone obowiązek szkolny pozostawiając nadal w Zespole ze względu na konieczność dalszej rewalidacji.

Pięcioro dzieci nie porusza się samodzielnie /wymagają przenoszenia ich z miejsca na miejsce/. U 10 dzieci stwierdzono opó-

nienie rozwoju umysłowego w momencie kwalifikowania, u pozostałych rozwój intelektualny w normie. W 1 przypadku rozpoznano bardzo wysoki poziom inteligencji.

Biorąc pod uwagę ogólne tendencje w zachowaniu się dzieci można stwierdzić następujące zjawiska:

1. W pierwszym okresie terapii obserwuje się u większości dzieci lękliwość, niepewność, zmniejszoną aktywność, nadmierne szukanie oparcia u rodziców. Objawy te zmniejszają się w przebiegu terapii, lecz niektóre z nich, zwłaszcza lękliwość utrzymuje się przez znaczny okres czasu.
Przykład RP: chłopiec przyjęty do Zespołu w wieku 6 lat. Nie porusza się samodzielnie, ojciec przywoził go samochodem na zajęcia. Przebywał w Zespole 2 lata, następnie rozpoczął naukę szkolną w domu. Zdradzał stale skłonności do płaczu, niechęć do mówienia, niepewność, mimo znacznych postępów w usprawnianiu manualnym oraz w ogólnym programie przygotowania do nauki szkolnej. Przewidując trudności w zaakceptowaniu nowego nauczyciela powierzono realizację klasy pierwszej osobie prowadzącej terapię.
2. Obserwuje się znaczny postęp w nawiązywaniu i utrzymywaniu kontaktów z prowadzącymi zajęcia jak też z rówieśnikami. Osiągnięcia w tej dziedzinie są szczególnie cenne biorąc pod uwagę fakt, że wiele dzieci niepełnosprawnych pozostaje w izolacji społecznej. Obecność w grupie rówieśników oraz stymulacja prowadzących terapię posiada więc wyraźny wpływ na procesy integracyjne.
3. Mimo intensywnej stymulacji niskie wyniki uzyskuje się w czynnościach graficznych, co w konsekwencji utrudnia proces pisania. Istniejące niedowłady utrudniają lub wprost uniemożliwiają zdobycie umiejętności pisania.

Przykład GM: mózgowie porażenie dziecięce - postać atetotyczna. Od 5 roku życia prowadzono z chłopcem intensywną terapię w Zespole, po czym rozpoczął naukę w domu, gdyż brak stabilizacji w poruszaniu się stwarzał niebezpieczeństwo upadku w warunkach szkolnych. Badanie psychologiczne wykazało wysoki poziom ogólnej sprawności intelektualnej, zaburzenia mowy oraz znaczną pobudliwość emocjonalną. W ciągu 2 lat chłopiec opanował technikę czyta-

nia, występująca jednak niezborność ruchów utrudnia mu w znacznym stopniu czynność pisania. W tej sytuacji nauczycielka wpisuje chłopcu do zeszytu treść lekcji, którą on odczytuje samodzielnie.

5. Wnioski

Na podstawie dotychczasowych doświadczeń można sformułować wnioski natury ogólnej w zakresie rozwiązań praktycznych.

1. Wielopłaszczyznowe wyrównywanie zaburzeń u dzieci z mózgowym porażeniem wymaga kompleksowego postępowania, w którym działania pedagogiczne są równie ważne jak medyczne. Wczesne formy terapii prowadzą do znacznych efektów w dziedzinach szczególnie ważnych dla funkcjonowania dziecka w środowisku szkolnym: interakcji w grupie rówieśników, koncentracji uwagi, dojrzałości emocjonalnej.

Zaburzenia motoryczne determinują bardzo wolne tempo rozwoju sprawności graficznych, co należy uwzględnić w pracy dydaktycznej.

2. W diagnozie psychologicznej i pedagogicznej należy preferować niepsychometryczne metody badania. Szczególnie cenne jest śledzenie dynamiki rozwoju tego samego dziecka przez dłuższy okres czasu przy zastosowaniu skal obserwacyjnych. Orzeczenie niedorozwoju umysłowego u dzieci z mózgowym porażeniem wymaga szczególnej ostrożności i długotrwałych badań ze względu na występujące często zwolnienie tempa procesów psychicznych, do nie może być uznane jako symptom niedorozwoju¹⁵.
3. Konieczne jest tworzenie różnych form terapii. Jedną z nich są zespoły wyrównawcze dla dzieci 4-6 letnich. Zespoły te powinny powstawać w miejscowościach o większych skupiskach tych dzieci. W mniejszych osiedlach oraz w środowisku wiejskim dzieci z mózgowym porażeniem powinny być objęte programem zajęć dydaktyczno-wychowawczych, ogólnorozwojowych realizowanych w warunkach domowych zgodnie z wytycznymi władz oświatowych¹⁶.

PRZYPISY

¹ E. Denhoff, Zespoły zaburzeń mózgu, Warszawa 1977

- 2 R.M. Allen, Dziecięce porażenie mózgowe, W: Praktyka psychologiczna w rehabilitacji inwalidów, red. J.F. Garrett i E.S. Lovine, Warszawa 1972
- 3 J. Nowotny, M. Krauze, Rehabilitacja lecznicza dzieci z chorobami układu nerwowego, Warszawa 1981 s. 108
- 4 Według statystyki prowadzonej przez Wojewódzką Przychodnię Rehabilitacyjną w Bydgoszczy
- 5 J. Nowotny, M. Krauze, Rehabilitacja..., op. cit. s. 107
- 6 Ibidem, s. 108
- 7 Ibidem
- 8 R.M. Allen, Dziecięce..., op. cit. s. 116 i następne
- 9 Tego typu stanowisko reprezentowano w czasie sympozjum "Nauczanie, wychowanie i usprawnianie dziecka z mózgowym porażeniem dziecięcym" /Halina 21-22 stycznia 1983/
- 10 B. Kaja, Terapia dzieci przedszkolnych metodą symboli dźwiękowych w aspekcie poradnictwa życia, W: Studia Psychologiczne, Bydgoszcz 1981 z. 2 s. 113
- 11 M. Bogdanowicz, Rola metody dobrego startu w profilaktyce i terapii zaburzeń rozwoju psychoruchowego dzieci, W: Zaburzenia osobowości dzieci i młodzieży, red. T. Gałkowski, Warszawa 1981 s. 143
- 12 B. Kaja, Terapia pedagogiczna dzieci w wieku przedszkolnym z deficytami w rozwoju funkcji percepcyjno-motorycznych, Bydgoszcz 1978
- 13 R.M. Allen, Dziecięce..., op.cit. s. 129
- 14 B. Kaja, Arkusz opracowany na użytek poradni wychowawczo-zawodowych
- 15 J. Kostrzewski, Charakterystyka osób upośledzonych umysłowo, W: Upośledzenie umysłowe - Pedagogika, Warszawa 1981 s. 120
- 16 Zarządzenie Ministra Oświaty i Wychowania z dnia 21 lipca 1983 /Dz. U. 1983 nr 7/

ТЕРАПИЯ ДЕТЕЙ С ПАРАЛИЧЕМ МОЗГА

Резюме

Статья является отчётом проводимых исследований над эффектами педагогической терапии в группе детей с параличем мозга и над функционированием этих детей в массовой школе.

Исследования являются попыткой ответа на два основных вопроса:

1. Как проходит процесс восстановительной трудоспособности детей с параличем мозга в аспекте развития существенных функций до начала школьной учебы?
2. В какой степени раннее усвоение этих детей влияет на их функционирование в школьных условиях?

Предварительные результаты исследований можно считать оптимистичными. Систематическая педагогическая терапия бесспорно влияет на повышение уровня общественной зрелости детей с параличем мозга.

DIE THERAPIE DER KINDER MIT DEM GEHIRNSCHLAG /DIE BERICHTE AUS DEN FORSCHUNGEN/

Zusammenfassung

Der Artikel ist eine Raltion aus den geführten Forschungen über die Effekte der pädagogischen Therapie in der Kindergruppe mit dem Gihirnschlag und über die Funktionierung dieser Kinder in der Massenschule.

Die Forschungen sind eine Probe der Antwort auf zwei wesentliche Fragen: 1. Wie verläuft der Prozes der Revalidation der Kinder mit dem Gihirnschlag im Aspekt der Entwicklung der Funktion, die für den Beginn des Schulunterrichts wesentlich sind. 2. In welchem Masse beeinflusst die frühe Steigerung dieser Kinder ihre Funtionierung unter den schulischen Bedingungen?

Die Einleitungsergebnisse der Forschungen kann man als optimistisch bezeichnen. Die systematische pädagogische Therapie hat einen Einfluss auf die Steigerung des Niveus der gesellschaftlichen Reife bei den Kindern mit dem Gehirnschlag.